

DE KEUZEPOLIS



samen
zorgen



DIENEND
VERANTWOORDELIJK
ZORGZAAM



Vergoedingenoverzicht

Wij vergoeden de hierna genoemde en voorzover meeverzekerde kosten.

Vergoeding	Artikel	DVZ Keuzepolis Basis	DVZ Keuzepolis Uitgebreid	DVZ Extra Keuzepolis	DVZ Tandarts-polis	DVZ Tandarts-Extrapolis	DVZ Klassen-Keuzepolis	Achmea health
Achmea reglement hulpmiddelen	21	▪	▪	▪				
Alarmcentrale EuroCross International	54							▪
Alarmeringsapparatuur	21, 54	▪	▪	▪				▪
Alternatieve geneeswijzen	20		▪					
Astmacentrum Davos	3	▪	▪					
Audiologisch centrum	12	▪	▪					
Bevalling	23	▪	▪					
Bewakingsapparatuur wiegendood	61							▪
Bijbetaling GVS	16			▪				
Brillenglazen, lenzen	47			▪				▪
Buitenland, dekking Europa/Wereld	27	▪	▪					▪
Buitenland, preventieve vaccinaties	62							▪
Cosmetische chirurgie	35	▪	▪					
Daggelduitkering	1						▪	
Dagverpleging	1	▪	▪					
Eigen bijdrage hulpmiddelen	21			▪				
Elastische kousen (klasse I)	32			▪				
Energie verbeteringsprogramma	68							▪
Epilatie	33			▪				
Erfelijkheidsonderzoek	13	▪	▪					
Farmaceutische zorg (GVS)	16	▪	▪	▪				
Fysiotherapie	17	▪	▪					
Gasthuizen, verblijf van gezinsleden bij opname	2		▪					
Gezins hulp	36			▪				
Healthshop	73							▪
Herstellingsoorden	30, 49			▪				
Homeopathische geneesmiddelen	20			▪				
Hospice	48		▪					
Huisarts	15	▪	▪					
Korting op fitness	70							▪
Kraampakket	59							▪
Kraamzorg	24		▪					
Leefstijltrainingen	65							▪
Leukemie onderzoek bij kinderen	10	▪	▪					
Logopedie	18	▪	▪					
Manuele lymfedrainage	34			▪				
Medisch specialistische zorg, extramuraal	6	▪	▪					
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	5	▪	▪					
Medisch specialistische zorg, klinisch	1	▪	▪					
Nierdialyse	9	▪	▪					
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	17	▪	▪					
Ontspanningsarrangement	69							▪
Organtransplantaties	8	▪	▪					
Orthodontie tot 18 jaar	37, 51		▪	▪				
Orthodontie, bijzondere gevallen	45	▪	▪					
Overgangsconsultant	72							▪
Plaswekker	22			▪				
Podotherapie	31			▪				
Preventie	62							▪
Psoriasisbehandeling	14		▪					
Psychologische zorg	48			▪				
Psychotherapie, gehele duur verzekering	50		▪					
Pushbrace	32			▪				

Vergoedingenoverzicht (vervolg)

Wij vergoeden de hierna genoemde en voorzover meeverzekerde kosten.

Vergoeding	Artikel	DVZ Keuzepolis Basis	DVZ Keuzepolis Uitgebreid	DVZ Extra Keuzepolis	DVZ Tandarts-polis	DVZ Tandarts-Extrapolis	DVZ Klassen-Keuzepolis	Achmea health
Revalidatie, deeltijdbehandeling	4	▪	▪					
Repatriering	28	▪	▪					
Reuma kuurbehandeling	29		▪					▪
Second opinion	58							▪
Sportmedisch onderzoek	64							▪
Steunzolen	32			▪				
Stottertherapie	19			▪				
Tandheelkundige zorg, algemeen	39, 40		▪		▪	▪		
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	44	▪	▪					
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	43	▪	▪					
Tandheelkundige zorg, implantaten	38	▪	▪					
Tandheelkundige zorg, kronen	41			▪				
Tandheelkundige zorg, mesostructuur op implantaten	46	▪	▪					
Tandheelkundige zorg, prothesen	42			▪				
Thuiszorg in plaats van ziekenhuisverpleging	53		▪					
Uitkering bij adoptie	25		▪					
Vakantie dokter	55							▪
Vakantie, bemiddeling bij zorg	75							▪
Verloskundige zorg	23		▪					
Verpleegartikelen	60							▪
Vervoer van zieken	26	▪	▪					
Voedingsvoorlichting	67							▪
Wachttijdbemiddeling	71							▪
Zelfstandig behandelcentrum	7	▪	▪					
Ziekenhuisopname	1	▪	▪				▪	
Ziekenhuisopname, overnachting gezinsleden	2		▪					

Wij beschrijven in deze polisvoorwaarden allereerst de algemene voorwaarden.

Vanaf pagina 10 beschrijven wij artikelsgewijs de vergoedingen waarop u recht heeft. Bij elk artikel beschrijven wij uit welke (aanvullende) verzekering u vergoeding krijgt. In het overzicht op pagina 2 en 3 staat schematisch weergegeven in welk artikel u kunt nalezen wat uw rechten zijn.

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u heeft afgesloten. Op de vergoedingen die vallen onder 'Achmea health' (artikelen 54 tot en met 75) heeft u als DVZ verzekerde altijd recht.

Algemene voorwaarden

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van enkele in de voorwaarden gebruikte begrippen.

1.1 Aanvullende (tandheelkundige) verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op de basis ziektekostenverzekering.

1.2 Ambulance

Een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en ongevalsslachtoffers, dat is toegelaten krachtens de Wet Ambulancevervoer.

1.3 Apotheker

Een in Nederland gevestigde apotheker, die wettelijk bevoegd is tot de uitoefening van de artsnijbereidkunst.

1.4 Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.5 Audiologisch centrum

Een centrum dat audiologische zorg verleent en door de overheid als ziekenhuis is toegelaten.

1.6 Bijkomende kosten

De neventarieven die door een instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

1.7 Dagverpleging

Bedverpleging in een ziekenhuis korter dan 24 uur, voorzienbaar nodig om op dezelfde dag onderzoek of behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg te ondergaan.

1.8 Eerstelijns psycholoog

Een in Nederland gevestigde psycholoog die als gekwalificeerd eerstelijns psycholoog geregistreerd staat bij het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.).

1.9 Fraude

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar.

1.10 Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet BIG.

1.11 Geneeskundig adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

1.12 Gezin

Tot het gezin behoren ook (behalve man en/of vrouw) de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, of adoptiekinderen tot 25 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op de kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet Studiefinanciering of op buitengewone lastenaftrek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge de belastingwetgeving.

1.13 Gezondheidszorg psycholoog

Een in Nederland gevestigde gezondheidszorg psycholoog die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.14 Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut vallend onder artikel 34 van de Wet BIG.

1.15 Huisarts

Een in Nederland in of nabij uw woonplaats gevestigde arts, die als huisarts geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.16 Hulpmiddel

Een medisch hulpmiddel dat is opgenomen in het Achmea reglement Hulpmiddelen.

1.17 Kaakchirurg

Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.18 Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

1.19 Klinisch genetisch centrum

Een instelling voor klinische genetica, die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

1.20 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat wettelijk is toegelaten.

1.21 Logopedist

Een in Nederland gevestigde logopedist vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.22 Medische noodzaak

De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.

1.23 Medisch Specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.24 Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/Mensendieck vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.25 Orthodontist

Een in Nederland gevestigde tandarts, die staat ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.26 Podotherapeut

Een in Nederland gevestigde podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.27 Premie

Het geldbedrag dat u betaalt voor uw verzekering bestaat uit:

Netto premie (ziektelkostenverzekering)

Dit is het gedeelte van de premie dat u betaalt voor de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.

Wettelijke bijdragen

De krachtens de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere Ziekenfondsverzekerden (mooz) en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (wtz) voor ieder van u wettelijk verschuldigde bijdragen, waarvan de hoogte jaarlijks wordt vastgesteld door de overheid.

1.28 Bijzondere bijdragen

Indien u buiten Nederland woonachtig bent, betaalt u in sommige gevallen extra bijdragen. De hoogte van deze bijdragen wordt bepaald door voor u geldende wettelijke regelingen of bepalingen.

1.29 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medische specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist. Dit team moet verbonden zijn aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

1.30 Second Opinion

Het oordeel over uw gezondheidstoestand door een andere specialist dan de behandelend specialist.

1.31 StandaardPakketPolis

De ziektekostenverzekering die wij op grond van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen verplicht zijn aan te bieden.

1.32 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.33 Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

1.34 Terrorismeschade

Schade als gevolg van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen, en handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme.

1.35 U/Uw

De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het bewijs van verzekering. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de verzekering heeft afgesloten.

1.36 Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.37 Wet BIG

De Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

1.38 Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V., de verzekeraar van DVZ Zorgverzekeringen.

1.39 Zelfstandig behandelcentrum

Een in Nederland gevestigde inrichting die als zelfstandig behandelcentrum door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor onderzoek en behandeling van zieken.

1.40 Ziekenhuis

Een in Nederland gevestigde inrichting die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken. Ook wordt hieronder verstaan het Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland).

1.41 Ziekenhuisverpleging

Opname langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk is.

1.42 Ziektekostenverzekering

De door u bij ons gesloten privaatrechtelijke verzekering tegen ziektekosten, waarvoor wij het risico dragen.

1.43 Zorgverlener

De in Nederland gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon, die u de medische zorg verleent die is beschreven in de begripsbepalingen.

Onder zorgverlener verstaan wij ook een leverancier van hulpmiddelen en voedings- en verbandmiddelen.

1.44 ZN

Zorgverzekeraars Nederland is de brancheorganisatie van de bedrijven die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden.

Artikel 2 Aanmelding

In dit artikel vindt u informatie over de regels die voor u gelden bij inschrijving in de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering;

2.1 Ziektekostenverzekering en aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

- 2.1.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht het aanvraagformulier volledig en naar waarheid in te vullen en te ondertekenen.
- 2.1.2 Wanneer u (verzekeringnemer) tijdens de aanvraagprocedure zaken verzwijgt of onze vragen onjuist of onvolledig beantwoordt, kunnen wij ons op vernietigbaarheid van de verzekeringsovereenkomst beroepen.
- 2.1.3 Het aanvraagformulier en de tijdens een eventuele medische keuring verstrekte gegevens maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst.
- 2.1.4 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kunnen wij deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij DVZ Zorgverzekeringen, Postbus 530, 2220 AM, Katwijk.
- 2.1.5 Het aangaan van een KeuzePolis kan slechts plaatsvinden indien de leeftijdsgrens van 65 jaar nog niet is bereikt.
- 2.1.6 U (verzekeringnemer) hoeft geen aanvraagformulier in te vullen voor kinderen die tijdens de looptijd van de verzekering worden geboren. Voorwaarde is dat u uw kind(eren) binnen twee maanden na de datum van geboorte bij ons aanmeldt. De inschrijving in de verzekering vindt dan plaats per de datum van geboorte.
- 2.1.7 Voor adoptiekinderen, waarbij het voornemen bestaat om blijvend in het gezin te worden opgenomen, dient vooraf een verklaring te worden overlegd.

- 2.1.8 Voor alleenstaanden jonger dan 18 jaar wordt de premie van 18-jarigen berekend.
- 2.1.9 U (verzekeringnemer) bent verplicht alle gezinsleden voor dezelfde verzekeringen aan te melden. Na de totstandkoming moet(en) de verzekering(en) blijven gelden voor alle gezinsleden.
Het voorgaande geldt niet voor gezinsleden die:
- beroepsmilitair zijn;
 - verplicht verzekerd zijn;
 - bij een publiekrechtelijke instelling verzekerd zijn;
 - op een (Studenten)Standaard(Pakket)Polis verzekerd zijn.
- 2.1.10 De verzekering van studerende kinderen, die volgens een wettelijke bepaling anders verzekerd zijn wordt per 1e van de daarop volgende kalendermaand beëindigd. Na beëindiging van de andere verzekering kunnen zij weer meeverzekerd worden tegen de geldende voorwaarden.
- 2.1.11 Voor personen, die bij toetreding en/of wijziging van de polis de leeftijd van 50 jaar reeds hebben bereikt, geldt een premietoeslag.
- 2.1.12 De aanvraag tot verzekering wordt niet geaccepteerd, indien deze wordt aangevraagd met het doel om voor langere tijd buiten Nederland te verblijven.
- 2.2 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)**
- 2.2.1 Bij het afsluiten van een ziektekostenverzekering toetsen wij automatisch uw AWBZ-gerechtigdheid. Als u niet voldoet aan de voorwaarden die in deze wet zijn gesteld, krijgt u van ons daarover schriftelijk bericht. Voor verstrekkingen vanuit de AWBZ kunt u zich wenden tot het Zorgkantoor bij u in de regio.
- 2.2.2 Als u voldoet aan de voorwaarden die zijn gesteld in de AWBZ, geldt uw polisblad tevens als bewijs van inschrijving voor de AWBZ.
- Artikel 3 Ingangsdatum, duur en einde van uw verzekering**
- In dit artikel vindt u informatie over:
- de ingangsdatum en de duur van uw verzekering;
 - het einde van uw verzekering.
- 3.1 Ingangsdatum en duur van uw verzekering**
- 3.1.1 Uw verzekering gaat in op de datum, die op uw polisblad als ingangsdatum staat vermeld.
- 3.1.2 Uw verzekering is één kalenderjaar geldig. Wanneer uw verzekering na 1 januari ingaat, geldt uw verzekering tot en met 31 december van het daarop volgend jaar.
- 3.1.3 Uw verzekering wordt automatisch telkens met één kalenderjaar verlengd.
- 3.1.4 U kunt een reeds bij ons lopende verzekering uitbreiden met aanvullende verzekeringen. Uitbreiding vindt alleen plaats nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan en alleen na een medische beoordeling.
- 3.1.5 Een bij ons lopende ziektekostenverzekering kunt u, behoudens de bepalingen van artikel 3.1.2, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar, en dan alleen na medische beoordeling en schriftelijke bevestiging van ons.
- 3.2 Einde van uw verzekering**
- 3.2.1 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen:
- door voor 1 december schriftelijk op te zeggen.
De verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend.
 - door ons binnen 30 dagen nadat een wijziging door ons bekend is gemaakt schriftelijk mede te delen dat u weigert akkoord te gaan met een verhoging van de premie en/of een beperking van de voorwaarden op grond van artikel 9.
- 3.2.2 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen door ons schriftelijk te berichten dat u verplicht bij het ziekenfonds of een publiekrechtelijke verzekering voor ambtenaren verzekerd moet worden.
- U moet een kopie van het inschrijvingsbewijs van uw nieuwe verzekering meesturen.
 - Wij beëindigen uw verzekering per de afgifte datum van het bewijs van inschrijving van het ziekenfonds, maar nooit eerder dan de ingangsdatum van de verplichte verzekering.
Bij inschrijving in een publiekrechtelijke verzekering beëindigen wij uw verzekering per ingangsdatum van die verzekering.
 - Wanneer u uw verzekering beëindigt, bevestigen wij dit schriftelijk.
 - Wanneer wij het bewijs van inschrijving later ontvangen dan 60 dagen nadat het door het ziekenfonds of de publiekrechtelijke verzekering is afgegeven, beëindigen wij uw verzekering per de datum dat wij het bewijs van inschrijving hebben ontvangen.
- 3.2.3 Wij mogen uw verzekering beëindigen:
- wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig hebt ingevuld, of omstandigheden hebt verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen 45 dagen na de vervaldag nog niet betaald zijn;
 - wanneer u zich permanent in het buitenland vestigt;
 - bij aangetoonde fraude. Wij kunnen hiervan tevens registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
 - bij overlijden.
Indien de verzekeringsnemer bij zijn overlijden gezinshoofd is, kunnen zijn achterblijvende gezinsleden de verzekering bij ons voortzetten tegen de dan geldende voorwaarden voor die verzekering. In dat geval zijn de bepalingen betreffende het onderzoek naar de gezondheidstoestand niet van toepassing. Wanneer wij uw verzekering beëindigen, delen wij u dit schriftelijk mede.
- 3.2.4 Uw verzekering eindigt met ingang van de eerste van de maand waarin u de 65-jarige leeftijd bereikt. Wij verzekeren u aansluitend op de StandaardPakketPolis.
- Artikel 4 Verplichtingen van de verzekerde**
- In dit artikel vindt u informatie over de verplichtingen die u heeft wanneer u bij ons een verzekering heeft afgesloten.
- 4.1** U bent verplicht al het mogelijke te doen om ons of onze medisch adviseur de gewenste inlichtingen te verschaffen.
- 4.2** Wanneer sprake is van gemaakte kosten door toedoen van een aansprakelijke derde, bent u verplicht ons zo goed mogelijk te helpen bij het krijgen van een schadevergoeding van deze aansprakelijke derde. Zonder onze schriftelijke toestemming mag u geen regeling (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.
- 4.3** Wanneer onze belangen worden geschaad doordat u bovenstaande verplichtingen niet nakomt, verliest u uw recht op vergoeding van kosten.

4.4 U bent verplicht wijzigingen die van belang zijn voor de rechten en de plichten uit de verzekering binnen twee maanden schriftelijk aan ons te melden.

Zulke wijzigingen zijn onder andere:

- verhuizing;
- vestiging in het buitenland;
- geboorte;
- komst van een stief-, pleeg-, of adoptiekind in uw gezin;
- huwelijk, of beëindiging daarvan.

Bijschrijving van echtgeno(o)t(e) vindt alleen plaats nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan en alleen na een medische beoordeling.

- overlijden;
- wijziging van (post)banknummer;
- toetreding tot een verplichte verzekering.

Het nalaten van het onder art. 4.4 bepaalde, doet het recht op terugvordering van teveel betaalde premie vervallen, terwijl onze vorderingen onverkort blijven gehandhaafd.

Wanneer u deze wijzigingen niet binnen twee maanden aan ons meldt, gaan de wijzigingen pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum.

Wij mogen er van uitgaan dat mededelingen u hebben bereikt wanneer ze naar uw laatst bekende adres zijn verzonden.

Artikel 5 Vergoedingen

In dit artikel vindt u informatie over:

- de uitbetaling van de vergoedingen;
- de voorwaarden voor vergoeding;
- uit welke verzekering wij de kosten vergoeden;
- de vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten.

5.1 Uitbetaling van de vergoedingen

- 5.1.1 Wij vergoeden de kosten aan u, tenzij wij met de zorgverlener een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook via het declaratieformulier aangeven dat wij de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener kunnen vergoeden.
- 5.1.2 Zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten declareren de aan u verleende zorg rechtstreeks bij ons. Dit betekent dat u geen nota meer ontvangt van uw zorgverlener.
- 5.1.3 Wanneer wij door u gemaakte kosten rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, betalen wij aan sommige zorgverleners het volledige bedrag van de declaratie inclusief het openstaande eigen risico en de eigen bijdragen. In dat geval bent u (verzekeringnemer) verplicht het bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen aan ons terug te betalen. Indien mogelijk verrekenen wij het bedrag dat u aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen.

Wanneer u (verzekeringnemer) dit bedrag niet tijdig terugbetaalt, verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en de wettelijke rente. Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke kosten voor uw (verzekeringnemer) rekening. Deze kosten bedragen minimaal 15% van het verschuldigde bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen.

Wanneer u dit bedrag niet tijdig terugbetaalt, vergoeden wij uw medische kosten pas weer op het moment dat het volledige bedrag aan eigen risico en eigen bijdragen is betaald. Wij zijn alleen verplicht kosten te vergoeden die na betaling van het volledige verschuldigde bedrag zijn gemaakt.

- 5.1.4 Om het rechtstreeks declareren door zorgverleners bij ons mogelijk te maken, verstrekken wij uw zorgverlener bepaalde gegevens. Het gaat hierbij om N.A.W. (naam, adres, woonplaats)-gegevens, geboortedatum en een omschrijving van de soort verzekering, waaronder de dekking. De zorgverlener gebruikt de aan hem verstrekte gegevens voor geen ander doel dan het kunnen vaststellen bij welke zorgverzekeraar de desbetreffende nota(s) kunnen worden ingediend.

5.2 Voorwaarden voor vergoeding

- 5.2.1 Wij vergoeden uitsluitend medische kosten die zijn gemaakt tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst.
- 5.2.2 De datum waarop de hulp is verleend, is bepalend voor de vaststelling van de vergoeding.
- 5.2.3 U bent verplicht originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. De behandelend zorgverlener moet de nota's hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota staan vermeld welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd.
- 5.2.4 Nota's die wij (gedeeltelijk) vergoeden of verrekenen met het eigen risico blijven in ons bezit.
- 5.2.5 U bent verplicht de nota's zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, aan ons toe te sturen. Indien u dit niet doet vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet.
- 5.2.6 Wij vergoeden de medische kosten op basis van het tarief dat wij met de zorgverlener hebben afgesproken. Wanneer er geen tarief is afgesproken vergoeden wij de kosten op basis van het rechtsgeldige tarief.
- 5.2.7 Wij vergoeden alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen, tenzij anders bepaald.
- 5.2.8 Bij aangetoonde fraude vervalt elk recht op vergoeding. De reeds uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten kunnen worden teruggevorderd.

5.3 Welke verzekering vergoedt

Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:

- de ziektekostenverzekering; en het eventuele restbedrag ten laste van:
- de aanvullende tandheelkundige verzekering; en het eventuele restbedrag ten laste van:
- de aanvullende verzekering.

5.4 Vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten

- 5.4.1 Wanneer u ziektekosten maakt in het buitenland, vergoeden wij deze alleen als het gaat om medisch noodzakelijke zorg die;
- bij uw vertrek naar het buitenland niet te voorzien was én;
 - niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland.
- 5.4.2 Wanneer uw tijdelijke verblijf in het buitenland mede bedoeld is om daar medisch behandeld te worden, vergoeden wij deze behandeling alleen wanneer wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
- 5.4.3 Wij vergoeden de door u gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners in Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop de nota is uitgeschreven.

5.5 Samenloop

Indien u – als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond – aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig.

In zo'n geval zal alleen de schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken.

Artikel 6 Uitsluitingen

In dit artikel vindt u informatie over de kosten die wij niet vergoeden.

- 6.1 Wij vergoeden geen kosten van behandelingen die leiden tot het afbreken van de zwangerschap.
- 6.2 Wij vergoeden geen kosten van hulp bij vrijwillige euthanasie.
- 6.3 Wij vergoeden geen kosten van vrijwillige sterilisatie en het ongedaan maken hiervan.
- 6.4 Wij vergoeden geen kosten van cosmetische, plastische chirurgie.
- 6.5 Wij vergoeden geen kosten die verband houden met kunstmatige bevruchting (in vitro fertilisatie of andere technieken).
- 6.6 Wij vergoeden geen kosten die verband houden met een ziekte of afwijking die u al had, en waarmee u al bekend was of waarvan u al klachten ondervond voordat u bij ons een verzekering afsloot, terwijl u die niet op het aanvraagformulier heeft vermeld. Dit geldt ook bij uitbreiding van de verzekering of verhoging van de verzekerde klasse.
- 6.7 Wij vergoeden geen kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radio-actieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie.
- 6.8 Wij vergoeden geen kosten die verband houden met verpleging, onderzoek of behandeling die medisch niet noodzakelijk is.
- 6.9 Wij vergoeden geen kosten van eigen bijdragen krachtens de AWBZ, tenzij in een van de verzekeringen uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden.
- 6.10 Wij vergoeden geen kosten van celtherapie, chelatietherapie, keuringen en het afgeven van attesten, vaccinaties en zwangerschapstesten.
- 6.11 Wij vergoeden geen kosten van psychiatrische zorg.

Artikel 7 Terrorisme

De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts tot de uitkering zoals omschreven in het clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekersmaatschappij voor Terrorismedekking N.V.. Deze clausule en het bijbehorend Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Artikel 8 Eigen risico

In dit artikel vindt u informatie over de regels met betrekking tot het eigen risico.

- 8.1 Het eigen risico is van toepassing op de particuliere ziektekostenverzekering, niet op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.
- 8.2 Het eigen risico geldt voor één kalenderjaar.
- 8.3 Wanneer uw verzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 8.4 Beëindiging van uw verzekering in de loop van het kalenderjaar heeft geen invloed op de hoogte van het eigen risico in dat kalenderjaar, tenzij:
 - uw verzekering in de loop van het kalenderjaar eindigt en wij u aansluitend op de StandaardPakketPolis verzekeren; of
 - u uw verzekering in de loop van het kalenderjaar beëindigt in verband met verplichte ziekenfondsverzekering en u zich aansluitend bij Ziekenfonds Groene Land Achmea verzekert. Het eigen risico wordt in deze gevallen voor het betreffende kalenderjaar naar evenredigheid verminderd
- 8.5 Wanneer de samenstelling van uw gezin in de loop van het kalenderjaar wijzigt, heeft dit geen invloed op de hoogte van het eigen risico in dat kalenderjaar.
- 8.6 **Wij vergoeden uitsluitend de ziektekosten die boven het bedrag van het eigen risico uit komen.** Het eigen risico is ook van toepassing op gemaximeerde vergoedingen.

8.7 Wijziging van het eigen risico

- 8.7.1 U kunt uw eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen.
- 8.7.2 Een verlaging van het eigen risico is pas mogelijk wanneer wij er, na een medische beoordeling, mee akkoord gaan.

Artikel 9 Premie

In dit artikel vindt u informatie over:

- de hoogte van de premie en de wettelijke bijdragen voor de particuliere ziektekostenverzekering;
- het betalen van de premie;
- de gevolgen van niet-tijdige betaling/betalingsachterstand;
- wat er met de premie gebeurt wanneer uw verzekering eindigt of wijzigt.

9.1 Hoogte van de premie

- 9.1.1 Op uw polisblad vindt u de hoogte van premie voor de particuliere ziektekostenverzekering, de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen en de wettelijke bijdragen.
- 9.1.2 Wij stellen de hoogte van de premie voor de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen vast. Deze is afhankelijk van de hoogte van het eigen risico, de regio waarin u woont en uw leeftijd. Indien de premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per 1 januari daaropvolgend. Bij het bereiken van de 20- en 65-jarige leeftijd wijzigen de wettelijke bijdragen per de eerste van de maand waarin u deze leeftijdsgrens overschrijdt.

9.2 Het betalen van de premie

- 9.2.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie te betalen. 'U' dient in verband met premiebetaling dan ook te worden gelezen als 'u (verzekeringnemer)'.
 - 9.2.2 U bent verplicht de premie vooruit te betalen.
 - 9.2.3 Maandbetalingen kunnen uitsluitend per automatische incasso-opdracht worden voldaan.
 - 9.2.4 Wij brengen de ontvangen premie altijd eerst in mindering op de langst openstaande vordering.
 - 9.2.5 U mag geen premie verrekenen met van ons te ontvangen vergoedingen.

9.3 Niet tijdige betaling

- 9.3.1 Wanneer u de premie niet tijdig betaalt, vervallen onze verplichtingen uit de particuliere verzekering vanaf de premievervaldag. U heeft pas weer recht op vergoeding van medische kosten op het moment dat de volledige achterstallige premie is betaald. Wij zijn alleen verplicht kosten te vergoeden die na betaling van de volledige achterstallige premie zijn gemaakt en die niet te verwachten waren.
- 9.3.2 U blijft verplicht achterstallige premie te betalen. Deze verplichting geldt ook indien de betaling van de premie door een derde plaatsvindt.
- 9.3.3 Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen.
- 9.3.4 Wanneer het niet mogelijk is de achterstallige premie te verrekenen met schadekosten verhogen wij het door u verschuldigde bedrag met administratiekosten en wettelijke rente.
- 9.3.5 Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke kosten voor uw rekening.

9.4 Premiebetaling bij begin, wijziging of einde van de verzekering.

- 9.4.1 Wanneer de verzekering op een andere dag dan de eerste dag van een maand ingaat, betaalt u premie per de ingangsdatum van de verzekering.
- 9.4.2 Wanneer de verzekering op een andere dag dan de eerste van de maand eindigt heeft dit gevolgen voor de betaling en de hoogte van de premie per de beëindigingsdatum.
- 9.4.3 Wanneer de verzekering op een andere dag dan de eerste van de maand wijzigt, heeft dit pas gevolgen voor de betaling en de hoogte van de premie per de eerste van de volgende maand.

- 9.4.4 Wanneer u de premie vooruit heeft betaald en de verzekering eindigt omdat u verplicht bij het ziekenfonds of een publiekrechtelijke verzekering voor ambtenaren verzekerd wordt, betalen wij het te veel betaalde bedrag terug tot de dag dat u wordt uitgeschreven. Indien u recht heeft op teruggave van dubbel betaalde premie (particulier én ziekenfonds), betaalt het ziekenfonds de particuliere premie aan u terug.

9.5 Aantal premieplichtige kinderen

- 9.5.1 Voor de KeuzePolis geldt, dat als de kinderen de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt, voor maximaal 3 kinderen premie verschuldigd is. Voor de berekening van de premie van het maximum aantal premieplichtige kinderen, geldt de leeftijd van de oudste(n) die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft/hebben bereikt. Studerende kinderen die dagonderwijs volgen en de leeftijd van 25 jaar nog niet hebben bereikt, betalen dezelfde premie als die voor een kind.

Artikel 10 Wijziging van premies en/of voorwaarden

In dit artikel vindt u informatie over:

- op wie een wijziging van de premie en/of voorwaarden van toepassing is;
 - wat u kunt doen wanneer u niet akkoord gaat met een wijziging;
 - wanneer u een wijziging niet mag weigeren.
- 10.1** Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.
- 10.2** Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.
- 10.3** Wanneer u (verzekeringnemer) niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit schriftelijk (aangetekend) aan ons melden binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.
- 10.4 U mag de wijziging niet weigeren wanneer:**
- de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
 - uw premie hoger wordt door het overschrijden van een leeftijdsgrens of doordat u verhuist naar een andere regio.

Artikel 11 Vrije keus van zorgverleners

Alhoewel u in beginsel vrij bent in de keuze van zorgverleners, hebben wij voor bepaalde medische zorg met zorgverleners afgesproken dat alleen zij u mogen behandelen. In dat geval bent u verplicht gebruik te maken van de diensten van onze zorgverleners. Desgevraagd informeren wij u over de namen en adressen van deze personen en instanties.

Artikel 12 Uitzondering collectieve ziektekostenovereenkomst

Dit artikel is alleen van toepassing als uw verzekering onderdeel uitmaakt van een collectieve ziektekostenovereenkomst die uw werkgever met ons is overeengekomen. De inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst maakt deel uit van de verzekering. Bij strijdigheid tussen de inhoud van deze algemene voorwaarden en de inhoud van de collectieve ziektekostenovereenkomst zal de inhoud van de collectieve overeenkomst prevaleren.

Artikel 13 Geschillen/klachten

In dit artikel vindt u informatie over procedures die u kunt volgen bij geschillen/klachten die voortvloeien uit:

- de ziektekostenverzekering;
- de aanvullende (tandheelkundige) verzekering;
- de AWBZ-verzekering.

13.1 Geschillenregeling voor de ziektekostenverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering

Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met betrekking tot uw verzekering kunt u de kwestie, bij voorkeur zo spoedig mogelijk, schriftelijk, telefonisch, via internet of mail aan ons voorleggen. Hieronder wordt stapsgewijs aangegeven welke mogelijkheden u heeft.

Stap 1: Uitvoerende afdeling

U moet u vraag altijd eerst richten aan de afdeling van wie u de beslissing heeft ontvangen.

Stap 2: Klachtenbureau

Heeft u van de uitvoerende afdeling een antwoord ontvangen en bent u het daar niet mee eens, dan kunt u een brief sturen naar ons klachtenbureau. Dit klachtenbureau handelt namens de directie. Onze klachtencoördinatoren zullen uw vraag opnieuw beoordelen en u schriftelijk informeren over onze beslissing.

Stap 3: Ombudsman Zorgverzekeringen

U kunt uw vraag ook voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Dit is een onafhankelijke, externe instantie, die bemiddelt bij geschillen tussen zorgverzekeraars en verzekerden.

13.2 Geschillenregeling voor de AWBZ-verzekering.

Voor geschillen over uw inschrijving en/of het toekennen van verstrekkingen vanuit de AWBZ is de bezwaarschriftenprocedure zoals deze is vastgelegd in de Algemene Wet Bestuursrecht van toepassing.

U kunt tegen een negatief besluit bezwaar maken door indiening van een bezwaarschrift bij de bezwaarschriftencommissie. In het negatieve besluit staat de termijn van indiening en het adres van de bezwaarschriftencommissie vermeld.

Tegen het besluit van de bezwaarschriftencommissie kunt u in beroep gaan bij de rechtbank welke in het besluit zal worden vermeld.

Keuzepolis

DVZ werkt bij identiteitsgebonden zorg samen met zorgverleners die handelen vanuit eerbied voor het leven. Die zorgverleners zijn vaak moeilijk te vinden. Met de DVZ Zorglijn helpen we de juiste zorg dichterbij te brengen. Denk bijvoorbeeld aan thuiszorg en psychologische hulp, aan palliatieve en terminale zorg. De Zorglijn is op werkdagen bereikbaar van 9.00 uur tot 17.00 uur. Het telefoonnummer is (071) 4026623.

Op pagina 2 en 3 van deze verzekeringsvoorwaarden vindt u het vergoedingenoverzicht. In dit overzicht staan de vergoedingen met het daarbij behorende artikelnummer schematisch weergegeven. Het vergoedingenoverzicht maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden.

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u heeft afgesloten. Op de vergoedingen die vallen onder 'Achmea health' heeft u als DVZ verzekerde met een hoofdverzekering (niet zijnde een aanvullende verzekering) altijd recht.

Wij vergoeden de hierna genoemde medische kosten:

Artikel 1 Ziekenhuisverpleging en dagverpleging in een ziekenhuis

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

- De verpleegkosten op basis van de 3e klasse;
- de kosten van dagverpleging;
- de honorariumkosten van specialistische of kaakchirurgische hulp;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet voor een ziekenhuisopname, wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgische zorg, tenminste drie weken van tevoren goedkeuring aanvragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken.
- Wanneer een ziekenhuisopname begint na 30 juni en eindigt in het daaropvolgende kalenderjaar passen wij slechts één keer het eigen risico toe op de kosten van deze ziekenhuisverpleging.

De Klassen Keuzepolis

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname op basis van de derde klasse. Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de rechtsgeldige CTG-tarieven declareert. U kunt kiezen voor een tweede klassenverzekering (2B). Bent u klasse 2B verzekerd en wordt u opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vergoeden wij de kosten volgens de tarieven van die tweede klasse. Indien de tweede klassenverzekering is afgesloten en u wordt opgenomen in de derde klasse, dan vergoeden wij voor verzekerden van 18 jaar en ouder € 35,- per dag dat u bent opgenomen in die klasse, tot een maximum van € 490,- per kalenderjaar. Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Indien u wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling en u ondergaat daar een door ons gecontracteerde medische behandeling, vergoeden wij maximaal € 20,- van het kamersupplement voor een 1 of 2 persoonskamer. De honorariumtoeslag komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 2 Overnachtingskosten van gezinsleden bij ziekenhuisopname

Keuzepolis Uitgebreid

- Wanneer u langer dan 14 dagen aaneengesloten wordt opgenomen in een ziekenhuis dat verder dan 30 kilometer van uw huis ligt, vergoeden wij vanaf de vijftiende opnamedag:
- de overnachtingskosten van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis. Wij vergoeden maximaal € 35,- per dag;
 - de kosten van vervoer van uw gezinsleden per openbaar vervoer of per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Bij vervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,20 per kilometer. Wij vergoeden aan overnachtings- en vervoerskosten tezamen maximaal € 350,- per polis per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 3 Nederlands Astma Centrum te Davos

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum te Davos wanneer behandeling in een astma-centrum in Nederland zonder succes heeft plaatsgehad, de verwijzing in overleg met zo'n centrum tot stand is gekomen en de verzekeraar de behandeling in Davos doelmatig acht.

Artikel 4 Revalidatiedeeltijd- of dagbehandeling in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

- Wij vergoeden:
- de honorariumkosten;
 - de bijkomende kosten.
- U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.

Artikel 5 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

- Wij vergoeden:
- de honorariumkosten van een medisch specialist of kaakchirurg;
 - de bijkomende kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten van de medisch specialist alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.
- Ingeval van plastische chirurgie dient de behandeling te worden aangevraagd.

Artikel 6 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden het honorarium van de medisch specialist.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

Artikel 7 Zelfstandig behandelcentrum

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

- Wij vergoeden de kosten van behandeling in een door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden:
- het honorarium van de medisch specialist;
 - de bijkomende kosten.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

Artikel 8 Orgaantransplantaties

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

- de kosten van transplantatie van organen en weefsels;
- de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS);
- de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij/zij is verzekerd;
- de kosten van medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste 3 maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij vergoeden de kosten van de donor mits de behandeling een rechtstreeks en uitsluitend gevolg is van de transplantatie.

Artikel 9 Nierdialyse

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

- Wij vergoeden de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis, nierdialysecentrum of bij u thuis. Daarnaast kunnen wij bij thuisdialyse vergoeden:
- de kosten van voor de dialyse noodzakelijke bouwkundige voorzieningen aan uw woning;
 - de kosten van inrichting van een ruimte in uw woning tot dialysevertrek;
 - de kosten van bijkomende stroomvoorziening.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor thuisdialyse moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- U moet een begroting van de kosten overleggen.
- Wij vergoeden de bouwkundige kosten tenzij u krachtens een wettelijke regeling een vergoeding kunt krijgen.

Artikel 10 Leukemie-onderzoek bij kinderen

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten gedeclareerd door de SKION (Stichting Kinderoncologie Nederland).

Artikel 11 Overnachting in een gasthuis nabij een ziekenhuis

Keuzepolis Uitgebreid

- Wij vergoeden de kosten van een overnachting in het gasthuis:
- bij de Dr. Daniël den Hoed Kliniek of bij het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, indien u een poliklinische behandelcyclus ondergaat in één van deze ziekenhuizen;
 - bij het Academisch Ziekenhuis Groningen, nadat u een levertransplantatie hebt ondergaan.
- Wij vergoeden maximaal € 35,- per nacht.
- Voorwaarde voor vergoeding*
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 12 Audiologisch centrum

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van zorg in een audiologisch centrum.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Artikel 13 Erfelijkheidsonderzoek

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van erfelijkheidsonderzoek in een klinisch genetisch centrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.
- De ernst van de (verwachte) aandoening of afwijking alsmede het ontbreken van andere mogelijkheden om tot een diagnose te komen moeten dit onderzoek noodzakelijk maken.

Artikel 14 Behandeling van psoriasis

Keuzepolis Uitgebreid

- Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis
- in een psoriasisdagbehandelingscentrum. Wij vergoeden ten hoogste € 30,- per behandeling tot een maximum van 30 behandelingen per persoon per kalenderjaar,
- of*
- door middel van UV-B lichtbehandeling bij u thuis.
- Wij vergoeden de kosten van huur van de benodigde apparatuur tot een maximum van € 900,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan ons overleggen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 15 Huisarts

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden:

- de kosten van zorg verleend door een huisarts;
- de kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de laboratoriumkosten alleen wanneer deze zijn gedeclareerd door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

Artikel 16 Farmaceutische zorg

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van:

- geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, er bestaat een limitatieve lijst en voor vergoeding van sommige geneesmiddelen moeten wij u goedkeuring geven;
- dieetpreparaten, indien er sprake is van een ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis, een ernstige voedselallergie, ernstig chronisch obstructief longlijden, ernstige cystische fibrose of ernstig congenitaal hartfalen bij kinderen waardoor sprake is van een dreigende groeiachterstand;
- verbandmiddelen, indien er sprake is van een ernstige aandoening en langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is; overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen. Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, vergoeden wij slechts tot de vergoedingslimiet.

Voorwaarden voor vergoeding

- De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige en moet geleverd worden door een in Nederland gevestigde gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- De kosten van apotheekbereidingen vergoeden wij alleen wanneer er sprake is van rationele geneesmiddelentherapie.
- De kosten van dieetpreparaten vergoeden wij alleen wanneer wij vooraf onze goedkeuring hebben verleend.

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van de ziektekostenverzekering. Vergoeding vindt plaats tot een maximum van € 227,- per polis per kalenderjaar.

Artikel 17 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden:

- de kosten van behandeling door een fysiotherapeut;
- de kosten van behandeling door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Na 24 zittingen fysiotherapie of oefentherapie moet u, bij voortgezette behandeling voor dezelfde kwaal, vooraf schriftelijk toestemming van ons hebben gekregen.

Keuzepolis Basis

Wij vergoeden 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Uitsluitingen

- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt, zwangerschaps- of kraamvrouwen-gymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie, ergotherapie, kunstzinnige therapie, zwemtherapie en acupunctuur.
- Wij vergoeden geen kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

Artikel 18 Logopedie

Keuzepolis Basis

Wij vergoeden de kosten van 9 behandelingen per persoon, per kalenderjaar door een logopedist.

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.
- Na 12 zittingen logopedie moet u, bij voortgezette behandeling voor dezelfde kwaal, vooraf schriftelijke toestemming van ons hebben gekregen.

Uitsluiting

Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie (tenzij er sprake is van logopedische problemen van medische aard), en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van anderstaligheid.

Artikel 19 Stottertherapie

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de Hausdorfermethode van het Instituut Natuurlijk Spreken te Deurningen, of
- volgens de BOMA-methode in het instituut “De Pauw” te Harlingen.
- In de hierna genoemde stottercentra:
 - Stottercentrum Bloemendaal;
 - Stottercentrum Gouda;
 - Stottercentrum 's Hertogenbosch;
 - Stottercentrum Rijnland te Leiden en Oegstgeest;
 - Stottercentrum Zutphen;
 - Stottercentrum Zwolle.

Wij vergoeden per persoon maximaal € 455,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 20 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van zorg door een arts voor:

- homeopathie (tevens een klassiek homeopaat);
- flebologie;
- proctologie;
- natuurgeneeswijzen;
- moermantherapie;
- manuele therapie;
- acupunctuur (tevens een tandarts-acupuncturist);
- enzymtherapie.

Tevens vergoeden wij een:

- chiropractor;
- osteopaat.

Wij vergoeden per consult maximaal € 28,- van de kosten tot een maximum van 24 behandelingen per persoon per kalenderjaar voor alle geneeswijzen tezamen, voor zover de behandeling in Nederland heeft plaatsgevonden.

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de kosten van homeopathische geneesmiddelen.

Wij vergoeden maximaal € 227,- per polis per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (huis)arts.
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben.
- De homeopathische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- De fabrikant en de groothandelaar van de homeopathische geneesmiddelen moeten over een vergunning beschikken om deze geneesmiddelen op de markt te brengen.

Artikel 21 Hulpmiddelen

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van:

- aanschaf van hulpmiddelen; hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage;
 - hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven;
 - het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
 - reservehulpmiddelen;
- overeenkomstig het Achmea reglement Hulpmiddelen. Het Achmea reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.
- Wij vergoeden eveneens de kosten van huur van een elektrische motorslede, ter bevordering van het bewegingsvermogen na een operatieve ingreep in een gewricht.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een door ons gecontracteerd leverancier. In de bijlage van het Achmea reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- Voor alle hulpmiddelen dient u zich te wenden tot een door ons gecontracteerd leverancier. Informatie over het hulpmiddel en een overzicht van de door ons gecontracteerde leveranciers in uw omgeving kunt u bij ons opvragen.
- Voor een aantal hulpmiddelen geldt een maximering of een gebruiksnorm.

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van de ziektekostenverzekering. Wij vergoeden maximaal € 114,- per polis per kalenderjaar.

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (besparingsbijdrage) die u verschuldigd bent bij de aanschaf van semi-orthopedisch schoeisel, orthopedisch maatschoeisel en allergeenvrije schoenen.

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de abonnementskosten in verband met het gebruik van een alarmeringssysteem.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding van installatie- en huurkosten vanuit het Achmea reglement Hulpmiddelen.
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het systeem wordt geleverd door een leverancier waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

Artikel 22 Plaswemaker

DVZ Extra Keuzepolis

- Wij vergoeden de kosten van een plaswemaker.
- Wij vergoeden maximaal € 100,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 23 Verloskundige zorg en bevalling

Keuzepolis Basis

Bevalling in het ziekenhuis (medisch noodzakelijk).

Indien voor de bevalling een verblijf in het ziekenhuis medisch noodzakelijk mocht zijn, bestaat voor moeder en kind met ingang van de dag van de bevalling aanspraak op vergoeding van:

- de kosten van opname in de verzekerde klasse;
- de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten.

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van:

- verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of medisch specialist;
- het gebruik van de verloskamer, indien de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis of kraaminrichting.

Artikel 24 Kraamzorg

Keuzepolis Uitgebreid

- 24.1** Na bevalling heeft een vrouwelijke verzekerde recht op een geboorteutkering. De geboorteutkering betreft een bedrag van € 1.500,- voor de Keuzepolis (Uitgebreid).
- 24.2** Als u in een ziekenhuis of kraaminrichting wordt opgenomen, vergoeden wij de verpleeg- en bijkomende kosten voor verzekerde moeder en kind, mits voor de opname een medische indicatie aanwezig is. Brengt het ziekenhuis minder dan 8 opnamedagen in rekening dan ontvangt u van ons voor elke minder in rekening gebrachte dag, gerekend vanaf de dag van de bevalling, 1/8 deel van de geboorteutkering.
- 24.3** Wanneer een meeverzekerd kind in verband met borstvoeding bij de verzekerde moeder in het ziekenhuis verblijft, worden ook de verpleegkosten voor het kind vergoed tot het kind de leeftijd van drie maanden heeft bereikt, indien en zolang wij voor de moeder vergoeding van verpleegkosten zijn verschuldigd.

Artikel 25 Uitkering bij adoptie

Keuzepolis Uitgebreid

Nadat een geadopteerd kind is bijgeschreven in uw ziektekostenverzekering, krijgt u van ons een eenmalige uitkering van € 1.500,-.

Artikel 26 Ziekenvervoer

Keuzepolis Basis

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per ambulance zowel naar als van:

- een ziekenhuis voor opname;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent.

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi, eigen auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis voor opname;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent.

De vergoeding voor het vervoer per eigen auto bedraagt € 0,20 per kilometer.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer in Nederland indien en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziektekostenverzekering vergoeden.
- U moet zich laten behandelen op de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.
- De declaratie van vervoer per taxi of eigen vervoer dient altijd vergezeld te gaan van de medische indicatie van de behandelend arts.

Op ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 45,- per polis per kalenderjaar.

Artikel 27 Buitenland

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

27.1 Spoedeisende hulp

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg en tandheelkundige noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf van ten hoogste 12 maanden.

De kosten worden alleen vergoed indien het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed. U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.
- Wij vergoeden tandheelkundige zorg alleen als u een aanvullende tandheelkundige verzekering heeft.

27.2 Niet-spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van niet spoedeisende medische zorg in een buitenlandse zorginstelling indien deze zorg door ons gecontracteerd is.

Indien u zich laat behandelen voor niet door ons gecontracteerde, niet spoedeisende medische zorg in een buitenlandse zorginstelling, vergoeden wij de kosten tot maximaal 100% van de kosten die wij zouden vergoeden als u de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- De voorwaarden zoals die voor vergoeding in Nederland gelden (zoals bijvoorbeeld de noodzaak van vooraf door ons verleende toestemming), blijven van kracht.
- Wanneer u naar het buitenland vertrekt met het doel zich daar te laten behandelen, omdat een behandeling in Nederland om praktische redenen niet mogelijk is, moet u altijd vooraf toestemming bij ons vragen. Wij kunnen u dan informeren welke zorg door ons gecontracteerd is.

27.3 Vervoerskosten bij niet-spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van en naar een buitenlandse zorginstelling. De kosten van vervoer per ambulance en door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus) vergoeden wij in dit geval volledig. De vergoeding voor het vervoer per eigen auto bedraagt € 0,20 per kilometer.

Voorwaarde voor vergoeding

De kosten worden slechts vergoed indien u een door ons gecontracteerde medische behandeling ondergaat in een zorginstelling in België of Duitsland.

Artikel 28 Repatriëring/vervoer stoffelijk overschot

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden :

- de kosten van ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar de woonplaats in Nederland;
- de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen na vooraf via Alarmcentrale EuroCross International verleende goedkeuring.
- Het gebruik van vervoer per vliegtuig moet het redden van een leven en/of het verminderen van (te verwachten) invaliditeit beogen.

Artikel 29 Reuma kuurbehandelingen

Keuzepolis Uitgebreid

Wij verlenen maximaal één keer per kalenderjaar een tegemoetkoming in de kosten van door Interkuur te Noordwijk georganiseerde kuurreizen voor patiënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat, te weten de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is afhankelijk van een beoordeling door de geneeskundig adviseur van Interkuur.

Artikel 30 Herstellingsoorden (Somatische zorg)

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden maximaal € 46,— per dag van opneming in door ons gecontracteerde herstellingsoorden voor somatische gezondheidszorg. De vergoeding wordt uitgekeerd gedurende een periode van ten hoogste 21 dagen per 36 maanden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij beoordelen of het verblijf in een herstellingsoord medisch noodzakelijk is.

Artikel 31 Podotherapie

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen. Wij vergoeden 80% van de kosten tot maximaal € 114,— per persoon per kalenderjaar.

Artikel 32 Elastische kousen/ steunzolen/ pushbrace

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden 80% van de kosten van:

- elastische kousen, eenmaal per 12 maanden (indien klasse 1);
- steunzolen, naar gipsmodel of blauwdruk, eenmaal per 24 maanden. De steunzolen moeten worden geleverd door een orthopedisch schoentechnicus in opdracht van de behandelend arts;
- pushbrace ten behoeve van de knie of enkel, eenmaal per 36 maanden.

Artikel 33 Elektrische epilatie

DVZ Extra Keuzepolis

De kosten van elektrische epilatie in het gelaat bij vrouwen. U heeft recht op een vergoeding van 80% tot maximaal € 681,— per persoon voor de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming geven.

Artikel 34 Manuele Lymfedrainage

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden de kosten van manuele lymfedrainage door een huidtherapeut tot maximaal € 455,— per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming geven.

Artikel 35 Cosmetische chirurgie

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard indien er sprake is van verminking als gevolg van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten van cosmetische vorm- of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Artikel 36 Gezinshulp

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden maximaal € 3,— per uur voor ten hoogste 336 uren per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Hulp dient geleverd te worden door een erkende instelling.

Artikel 37 Orthodontie

Keuzepolis Uitgebreid

Wij vergoeden:

Aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van gebitsregulatie door een orthodontist of een tandarts.

Wij vergoeden maximaal € 1.589,— per persoon gedurende de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij dienen na voorafgaande schriftelijke aanvraag, inclusief een begroting van de te verwachten kosten, onze schriftelijke goedkeuring te hebben gegeven.

Artikel 38 Tandheelkundige implantaten

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de honorariumkosten van de kaakchirurg voor het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak. De kosten van de implantaten en de daarbij komende techniekkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door de behandelend kaakchirurg.
- De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis.
- Er moet sprake zijn van een tandenloze kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een passende prothese te maken is. Wij beoordelen of hiervan sprake is.

Artikel 39 Tandheelkundige zorg jonger dan 18 jaar

Keuzepolis Uitgebreid

Vergoed worden alle kosten van tandheelkundige hulp voor personen jonger dan 18 jaar, tot een maximum van € 230,- per persoon per kalenderjaar.

Uitsluiting

De kosten die verband houden met een orthodontische behandeling, door een tandarts of een orthodontist verricht. Voor vergoeding inzake de orthodontist, verwijzen wij u naar artikel 37.

Artikel 40 Tandheelkundige aanvullende polis vanaf 18 jaar (indien afgesloten)

DVZ Tandartspolis

Vergoeding van 75% van de tandartskosten tot maximaal € 230,- per verzekerde per kalenderjaar. Niet vergoed worden de kosten van verzuimde afspraken, orthodontie, het bleken van tanden en kiezen en het opvullen van bij aanvang van de verzekering ontbrekende tanden en kiezen.

DVZ TandartsExtrapolis

Vergoeding van 75% van de tandartskosten tot maximaal € 700,- per verzekerde per kalenderjaar. Niet vergoed worden de kosten van verzuimde afspraken, orthodontie, het bleken van tanden en kiezen en het opvullen van bij aanvang van de verzekering ontbrekende tanden en kiezen.

Artikel 41 Tandheelkundige zorg - Kronen

DVZ Extra Keuzepolis

U heeft recht op vergoeding van 80% tot maximaal € 69,- van de kosten van maximaal twee elementen per kalenderjaar. Wij vergoeden slechts elementen die vallen onder code R20, R25, R26 of R27.

Artikel 42 Tandheelkundige zorg – Gebitsprothese

DVZ Extra Keuzepolis

- U heeft eenmaal per 60 maanden recht op vergoeding van:
- 80% van de kosten tot een maximum van € 114,- voor een volledige of partiële boven - of onderprothese;
 - 80% van de kosten tot een maximum van € 227,- voor een volledige of partiële boven - en onderprothese.

Artikel 43 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, vergoeden wij de kosten van behandeling door een door ons gecontracteerde tandarts volledig.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten uitsluitend voor lichamenlijk en/of verstandelijk gehandicapten die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe.

Artikel 44 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen:

- het niet aangelegd zijn van meerdere gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts/algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn;
- uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling;
- totale amelogenese imperfecta;
- een lip- of kaak- of verhemeltespleet.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereisen.
- U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Artikel 45 Orthodontie in bijzondere gevallen

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of door ons gecontracteerde tandarts bij een schisis-afwijking (lip- of kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 46 Tandheelkundige zorg - mesostructuur op implantaten

Keuzepolis Basis en Uitgebreid

Wij vergoeden de kosten van de mesostructuur op implantaten. De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de door ons gecontracteerde tandarts en de bijkomende materiaal en techniekkosten

Voorwaarden voor vergoeding

- De mesostructuur moet vervaardigd en geplaatst worden door een door ons gecontracteerde tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Indien de mesostructuur wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Artikel 47 Brillen/contactlenzen

DVZ Extra Keuzepolis

Wij vergoeden eenmaal per 24 maanden de kosten van aanschaf van:

- Twee brillenglazen, tot maximaal € 23,- per glas of
- Twee contactlenzen, tot maximaal € 23,- per lens. Voor kinderen tot 16 jaar is tussentijdse vervanging van brillenglazen mogelijk op advies van de oogarts.

Artikel 48 Verpleging in een hospice

Keuzepolis Uitgebreid

Kosten van verpleging in een hospice t.b.v. een verzekerde, uitgezonderd degene die verblijft in een gezondheidsinstelling als bedoeld in het Besluit Aanwijzing Inrichtingen Wet Ziekenhuisvoorziening en of in een Bejaardenoord/ Verzorgingstehuis als bedoeld in de Wet op de Bejaardenoorden, komen voor vergoeding in aanmerking tot maximaal € 114,- per etmaal gedurende maximaal 2 maanden indien;

- a een medische indicatie voor verpleging door zowel de behandelend arts als onze medisch adviseur aanwezig wordt geacht;
- b de verzekerde zich naar het oordeel van onze medisch adviseur in de laatste levensfase bevindt;
- c de hospice is aangesloten bij de Netwerk Palliatieve zorg voor Terminale patiënten Nederland (NPTN) en geen deel uitmaakt van bovengenoemde gezondheidsinstelling of bejaardenoord/ verzorgingstehuis.

Voorwaarde voor vergoeding

Hulp dient geleverd te worden door een erkende instelling.

Artikel 49 Psycho-sociale zorg

DVZ Extra Keuzepolis

Steeds meer mensen in Nederland doen een beroep op de zgn. psychosociale hulpverlening. Juist op dit terrein speelt de identiteit van de betrokken persoon een belangrijke rol. DVZ wil daarom ruimte bieden aan psychosociale hulpverlening die én deskundig is én aansluit bij de leefwereld en de christelijke levensovertuiging van de verzekerde.

Onder psychosociale hulp verstaat DVZ hulpverlening aan personen met een probleem dat is in te delen in een van de volgende categorieën:

- relatieproblemen;
- problemen rondom verwerking van schokkende gebeurtenissen en overlijden;
- psychosomatische klachten.

Herstellingsoorden

Wij vergoeden maximaal € 23,- per dag van opnemings in een herstellingsoord dat lid is van de Federatie Evangelische Zorg Organisaties (FEO) of voldoet aan dezelfde kwaliteitseisen. De vergoeding wordt uitgekeerd gedurende een periode van ten hoogste 3 maanden per 3 kalenderjaren.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Eerstelijns psychosociale behandeling

Voorwaarden voor vergoeding

- Het moet gaan om kortdurende behandeling van psychosociale problemen door een maatschappelijk werker die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling. Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking.
- De behandelaar is gewoon lid van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Christen Hulpverleners of voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of arbo-arts.

Eerstelijns psychologie

Voorwaarden voor vergoeding

- Het moet gaan om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling. Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking.
- De behandelaar is werkzaam als gezondheidszorg psycholoog of als eerstelijns psycholoog.
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of arbo-arts.

Wij vergoeden de kosten van eerstelijns psychosociale behandeling en psychologie tezamen tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 50 Psychotherapie

Keuzepolis Uitgebreid

Bij meer dan 30 behandelingen psychotherapie vanuit AWB2 vergoeden wij 75% van de kosten van psychotherapie behandelingen tot maximaal € 1000,- voor de gehele verzekeringsduur.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 51 Gebitsregulatie (kaakorthopedie/orthodontie)

DVZ Extra Keuzepolis

Per persoon tot 18 jaar vergoeden wij maximaal € 454,- van de kosten van gebitsregulatie voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 52 Huidtherapie

DVZ Extra Keuzepolis

Per persoon vergoeden wij voor maximaal € 91,- per kalenderjaar voor behandeling door een huidtherapeut.

Voorwaarde voor vergoeding

U dient een schriftelijke verwijzing van de huisarts of specialist te hebben.

Artikel 53 Thuiszorg in plaats van ziekenhuisverpleging

Keuzepolis Uitgebreid

De kosten van thuisverpleging voor maximaal 60 dagen per persoon per kalenderjaar gedurende maximaal 8 uren per etmaal.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij vergoeden de kosten uitsluitend wanneer door de thuisverpleging een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis wordt verkort of voorkomen.
- De thuiszorg moet door een gediplomeerd verpleegkundige of een bij de organisatie voor thuiszorg aangesloten ziekenverzorgende uitgevoerd worden.

Artikel 54 Achmea health Alarmcentrale

Achmea health

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de in de artikelen 27 en 28 genoemde hulpverlening door de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International;
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Artikel 55 Achmea health Vakantiedokter

Achmea health

Bij niet spoedeisende medische vragen, voor en/of tijdens uw vakantie, heeft u recht op gratis advies van de Achmea health Vakantiedokter.

Artikel 56 Korting bij opticiën

Achmea health

Met Hans Anders hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:

- u kunt een complete enkelvoudige bril aanschaffen voor € 95,-;
- u kunt een complete multifocale bril aanschaffen voor € 135,-;
- deze prijsafspraken gelden indien u kiest voor glazen die zijn opgenomen in de zogenoemde Achmea glastabel. In de winkels van Hans Anders kunt u nadere informatie krijgen over deze tabel;
- een kleurtint op uw glazen is mogelijk tegen een meerprijs van € 10,- per glas;
- bij de aanschaf van een pakket zachte maandlenzen (€ 45,-) ontvangt u één maand gratis lenzen en vloeistof.

Met Het Huis Opticiens hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:

- bij de aanschaf van een complete bril (montuur en glazen) ontvangt u een zonnebril op sterkte inclusief UV-filter, ter waarde van € 45,-, gratis;
- kiest u voor een duurdere zonnebril op sterkte, dan wordt een korting van € 45,- verleend.

U kunt gebruik maken van deze prijsafspraken op vertoon van een geldig polisblad/pasje.

Artikel 57 Korting op personenalarmering

Achmea health

U heeft recht op een korting op de huur en abonnementskosten in verband met aansluiting op en gebruik van het alarmeringssysteem van ActionLine.

Artikel 58 Second opinion

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van second opinion door een medisch specialist of tandarts.

Artikel 59 Kraampakket

Achmea health

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een medisch kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het medisch kraampakket minimaal twee maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

Artikel 60 Uitleen verpleegartikelen

Achmea health

Wij vergoeden voor een periode van maximaal 6 maanden de huurkosten van medisch noodzakelijke artikelen uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen, indien deze artikelen niet meer krachtens de AWBZ worden vergoed.

Artikel 61 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Achmea health

Wij vergoeden het gebruik van een bewakingsmonitor ter voorkoming van wiegendood. Wij vergoeden de kosten van huur van een monitor voor een periode van maximaal 18 maanden.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 62 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een vakantiereis naar het buitenland:

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- hepatitis A/B.

Artikel 63 Preventieve onderzoeken

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

Artikel 64 Sportmedisch onderzoek

Achmea health

Wij vergoeden per persoon de volgende behandelingen in een sportmedische instelling:

- éénmaal per 24 maanden de kosten van een sportmedisch onderzoek. De eigen bijdrage per onderzoek bedraagt € 10,-;
- tweemaal per kalenderjaar de kosten van een blessureconsult en/of herhalingsconsult.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij kunnen u informeren over de instellingen waar u deze behandelingen kunt laten uitvoeren.

Artikel 65 Leefstijltrainingen Achmea health

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van maximaal één leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen. De eigen bijdrage die u verschuldigd bent, bedraagt € 100,- per training.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- training voor hartpatiënten;
- training voor whiplashpatiënten;
- training voor mensen met burn out;
- training stressreductie bij mensen met stotterproblemen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

Artikel 66 Preventieve cursussen

Achmea health

Wij geven een tegemoetkoming van 75% in de kosten van preventieve cursussen tot maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar.

Wij geven een tegemoetkoming voor de volgende preventieve cursussen:

- afvallen, georganiseerd door een Achmea health Center of een thuiszorginstelling;
 - hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health, Prostop Lasertherapie of een thuiszorginstelling;
 - de 'Vrij van alcohol' training, georganiseerd door De Helderheid;
 - eerste hulp bij kinderongevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging.
- Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

Daarnaast geven wij korting op de schriftelijke cursussen:

- Lekker in je vel;
- Lekker gezond;
- Lekker slank.

Deze cursussen worden verstrekt door Achmea health.

Wij kunnen u nader informeren over de kortingsregeling die voor u van toepassing is.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

Artikel 67 Voedingsvoorlichting

Achmea health

Wij vergoeden 75% van de kosten van advies door een diëtist, tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar. Hieronder vallen ook de kosten van advies door een diëtist bij deelname aan Victory Camp of het Dikke Vrienden Kamp.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland, of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- U moet zijn doorverwezen door de huisarts of medisch specialist.

Artikel 68 Korting op energieverbeteringsprogramma

Achmea health

U heeft recht op 15% korting op het NOVO-programma van Immogenics.

Artikel 69 Ontspanningsarrangement

Achmea health

Bij de volgende centra hebben wij prijsafspraken gemaakt voor ontspanningsarrangementen:

- Fontana te Nieuweschans;
 - Thermaalbad Arcen te Arcen;
 - Elysium te Bleiswijk;
 - Thermae 2000 te Valkenburg;
 - Centra die vallen onder Thermen & Beauty-groep.
- Wij kunnen u nader informeren over de arrangementen die beschikbaar zijn en de daarvoor geldende tarieven.

Artikel 70 Korting op fitness

Achmea health

U heeft bij de Achmea health Centers en de vestigingen van Ten Tije Fitness recht op een korting van:

- 50% op het (eenmalige) inschrijfgeld;
- 20% op de contributie;
- 25% op bepaalde cursussen. Wij kunnen u nader informeren over het aanbod aan cursussen waarvoor de korting van toepassing is.

Artikel 71 Wachttijdbemiddeling

Achmea health

Als u een medisch noodzakelijke behandeling moet ondergaan, waarvoor een wachttijd geldt, kunnen wij voor u nagaan of de wachttijd bekort kan worden. Als er mogelijkheden tot het bekorten van de wachttijd zijn, proberen wij te regelen dat u eerder behandeld wordt.

Voorwaarden voor vergoeding

- De mogelijke oplossing moet vallen binnen de dekkingsvoorwaarden van uw verzekerde ziektekostenpakket.
- Er moet sprake zijn van een wachttijd voor een medische behandeling of onderzoek in een algemeen of academisch ziekenhuis (niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis of verpleeginrichting) bij:
 - eerste polikliniekbezoek, van tenminste 3 weken;
 - dagbehandeling, van tenminste 4 weken;
 - ziekenhuisopname, van tenminste 6 weken.

Uitsluiting

Wachttijdbemiddeling kan niet worden aangevraagd voor orgaantransplantatie.

Vergoedingen

Artikel 72 Overgangsconsulent

Achmea health

Wij vergoeden 75% van het consulttarief van een overgangsconsult tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar. Bij het eerste consult krijgt u een jaarabonnement op het tijdschrift rondom de overgang 'Women's Care'.

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women.

Artikel 73 Health shop

Achmea health

Bij aanschaf van producten in de Health shop op www.achmeahealth.nl gelden voor u de volgende afspraken:

- u heeft recht op korting bij aanschaf van producten in de Health shop. In de Health shop zijn producten verkrijgbaar op het gebied van gezondheid en leefstijl in de volgende categorieën:
 - Lekker bewegen;
 - Meten en testen;
 - Gezond en mooi;
 - Op reis;
 - Comfort;
 - Veiligheid en Kennis.
- als u recht heeft op vergoeding van een hulpmiddel uit het Achmea reglement Hulpmiddelen, kunt u dit hulpmiddel bestellen in de Health shop.

Voorwaarde voor vergoeding

Bij uw bestelling in de Health shop van een hulpmiddel waarvoor u vergoeding uit het Achmea reglement Hulpmiddelen krijgt, moet u uw door ons afgegeven machtigingsnummer vermelden.

Artikel 74 Korting op hulpmiddelen

Achmea health

U heeft recht op korting bij aanschaf van hulpmiddelen in de winkels van Welzorg. Deze afspraak geldt niet voor hulpmiddelen waarop u volgens het Achmea reglement Hulpmiddelen aanspraak kunt maken en niet voor zogenoemde autoaanpassingen en kindershulpmiddelen. U kunt gebruik maken van deze prijsafspraken op vertoon van een geldig polisblad/pasje. Wij kunnen u informeren over de voor u geldende kortingen.

Artikel 75 Advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakantie

Achmea health

Wij vergoeden aan zorgbehoevende verzekerden een gedeelte van de kosten van advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakanties in Spanje. Wij vergoeden € 50,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Het advies, de bemiddeling en begeleiding moet worden gegeven door Zorg Vakantie Plan.

samen
zorgen

DVZ Zorgverzekeringen
Postbus 530
2220 AM Katwijk
Rijnstraat 46 - 48
Tel. (071) 402 98 81
Fax (071) 403 23 43

www.samenzorgen.nl
info@dvzzorgverzekeringen.nl

 **dvz**
zorgverzekeringen